



AUSWIRKUNGEN DER COVID-19-MASSNAHMEN AUF PERSONEN MIT PSYCHISCHEN STÖRUNGEN

Autor*innen

Dr. Alois Kogler, Dr.ⁱⁿ Liselotte Kogler, Marlene Schrunner, MSc., Mag.^a Gabriele Dietmaier, Mag.^a Ilse Müller

Ort der Durchführung

Institut für Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Alberstraße 15, 8010 Graz

Zusammenfassung

Der Ausbruch von Covid-19 Anfang 2020 und die damit einhergehenden strengen Maßnahmen der Regierung (Lockdown, Abkürzung LD) verlangten eine schnelle Handlungs- und Anpassungsfähigkeit der Bevölkerung. Unsicherheit und Besorgnis breiteten sich rasant aus. Ungewisse Prognosen, Auferlegung unbekannter Maßnahmen, Freiheitseinschränkungen, soziale Isolation und Existenzängste führten zu einer starken emotionalen Belastung. All das stellte eine große Herausforderung für die psychische Gesundheit dar. Ziel der vorliegenden Studie war, herauszufinden, wie sich die Covid-19-Pandemie und insbesondere der LD auf Personen mit psychischen Erkrankungen, die bereits in verhaltenstherapeutischer Behandlung sind, auswirkt. Es wurden 55 Patient*innen einer Praxis für Verhaltenstherapie zu unterschiedlichen Bereichen mittels Fragebogen untersucht: Erlebte Symptomausprägungen während des LD (retrospektiv) und zum Zeitpunkt der Befragung (kein LD) hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung, zudem Wirkfaktoren der (Online-) Verhaltenstherapie, Ressourcenaktivierung, situative Sorgeninhalte sowie allgemeine Fragen zur Einschätzung der Covid-19-Pandemie. Die Ergebnisse zeigten, dass die subjektiven Depressivitäts-, Ängstlichkeits- und Somatisierungsausprägungen der Patient*innen während des LD signifikant stärker waren als danach. Patient*innen mit stärker ausgeprägter Depressions-symptomatik wiesen während des LD ein höheres Sorgenausmaß auf als Personen mit niedriger Ausprägung. Zudem bewerteten Patient*innen mit stärker ausgeprägter Angst-symptomatik die Online-Therapie als hilfreicher als Personen mit niedriger Angstsymptomatik. Unabhängig von der Symptombelastung gelang allen Patient*innen eine erfolgreiche Ressourcenaktivierung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen auf eine starke Belastung von Personen mit psychischen Erkrankungen aufgrund der COVID-19 Pandemie und den Maßnahmen hin. Langzeitfolgen, wie beispielsweise Symptommanifestationen aufgrund der Krise, sollten in künftigen Studien untersucht werden, um eine optimale Versorgung von Patient*innen gewährleisten zu können.



Schlagwörter: Covid-19; psychische Störungen; psychische Auswirkungen; Lockdown; Symptome; Verhaltenstherapie

Abstract

The Covid-19 outbreak of early 2020 and the associated government actions (lockdown, shortened LD) required the population to act and adapt quickly. Uncertainty and concerns spread rapidly. Uncertain prognosis, imposition of unknown actions, outgoing restrictions, social isolation and existential fears led to a strong emotional stress which represents a great challenge for mental health. The aim of the present study was to find out how the Covid-19 pandemic and especially the LD affects people with mental illnesses who are already receiving behavioral therapy.

55 patients in a practice for cognitive behavioral therapy were given a questionnaire about the following topics: Experienced symptoms during the LD (retrospectively) and at the time of the survey (no LD) regarding depression, anxiety and somatization, as well as effectiveness factors of the (online) therapy, resource-activation, situative concerns and general questions about the perception of the Covid-19 pandemic. The results showed that the subjective depression, anxiety and somatization symptoms of the patients were significantly higher during the LD than afterwards. Patients with increased symptoms of depression showed a higher level of concern during the LD than those with less symptoms. In addition, patients with increased anxiety symptoms rated the online therapy as more helpful than people with less anxiety symptoms. Regardless of the symptoms, all patients were able to successfully activate helpful resources. The results of the present study indicate a high level of stress for people with mental illnesses due to the COVID-19 pandemic and the associated restrictions. Long-term consequences, such as symptom manifestations due to the crisis should be investigated in future studies in order to be able to guarantee optimal patient care.

Keywords: Covid-19; mental disorders; psychological consequences; Lockdown; mental symptoms; behavioral therapy



EINLEITUNG

Das neuartige Coronavirus (COVID-19: Corona Virus Disease 2019) hat unseren Alltag und damit auch unser Leben schlagartig verändert. Um die Verbreitung des Virus zu verhindern riefen Regierungen weltweit zu strengen und in dieser Form noch nie dagewesenen Maßnahmen auf. Der persönliche Kontakt wurde innerhalb kürzester Zeit auf ein Minimum reduziert, das Betreten öffentlicher Orte zum größten Teil verboten, die Wirtschaft wurde heruntergefahren. Menschen weltweit begaben sich in Heimquarantäne, arbeiteten von Zuhause, Bildungseinrichtungen sowie Restaurants und Bars wurden geschlossen. In Österreich verordnete die Bundesregierung ab dem 16. März eine offizielle Ausgangsbeschränkung oder in anderen Worten einen Lockdown (Abkürzung LD). Es gab offiziell nur vier Gründe, das Haus zu verlassen: Um Berufsarbeit nachzugehen, welche unaufschiebbar ist oder nicht von Zuhause erledigt werden kann; um notwendige Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu decken (Lebensmittel, Medikamente ...); für Betreuung und Hilfeleistung von unterstützungsbedürftigen Personen; um alleine, mit Haustieren oder mit Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, Zeit im Freien zu verbringen (für Spaziergänge etc.) (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2020).

Die Maßnahmen setzten eine schnelle Handlungsfähigkeit und rasche Anpassung voraus, was für viele Personen eine Herausforderung darstellte. Zusätzlich ist es naheliegend, dass sich speziell zu dieser Zeit Unsicherheit und Besorgnis in der Bevölkerung ausbreiteten. Ungewisse Prognosen, drohende Ressourcenknappheit, Auferlegung unbekannter Maßnahmen, deutliche Freiheitseinschränkungen, finanzielle Verluste und Existenzängste führten zu einer massiven emotionalen Belastung und einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit COVID-19. Notsituationen wie diese wirken sich laut Pfefferbaum und North (2020) auf Gesundheit, Sicherheit und das Wohlbefinden von Personen in Form von Unsicherheit, Verwirrung, Stigmatisierung und emotionaler Isolation aus. Zudem führen sie in Gemeinschaften zu wirtschaftlichen Verlusten, unzureichenden medizinischen Ressourcen, zu Arbeits- und Schulschließungen. All dies kann zu einer Reihe psychischer Reaktionen führen: zum Anstieg psychischer Erkrankungen; zu ungesunden Verhaltensweisen (erhöhter Substanzkonsum); zur Nichteinhaltung von Richtlinien (Heimquarantäne) oder zu Impfungen



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

der Allgemeinbevölkerung oder von Personen, die an dem Virus erkrankten (Pfefferbaum & North, 2020).

Probst, Kuska, Stipl und Pieh (2020) haben in der ersten Woche des LD in Österreich eine Befragung von Psychotherapeut*innen durchgeführt, um die Auswirkungen auf Patient*innen zu erfassen. Die Ergebnisse zeigten, dass 70% der befragten Psychotherapeut*innen fast ausschließlich negative Auswirkungen berichteten. Diese zeigten sich in den Bereichen psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und Wirtschaft. 16.3% der Psychotherapeut*innen gaben an, zusätzlich zu negativen Effekten auch positive zu bemerken: Entlastung bei sozialphobischen und depressiven Personen, aber auch Schwierigkeiten und Verschlechterung bei ängstlichen, depressiven und suizidalen Personen. Aufgrund des frühen Zeitpunkts dieser Befragung kann davon ausgegangen werden, dass sich die dort bereits beobachtbaren Auswirkungen mit der Dauer der Maßnahmen noch verschlechtert haben.

Yao, Chen und Xu (2020) weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass die COVID-19-Pandemie parallel eine Pandemie der Furcht, Angst und Depression verursacht hätte. Eine Metaanalyse von Salari et al. (2020) konnte eine hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Covid-19 nachweisen.

Man kann mit großer Sicherheit sagen, dass Personen mit psychischen Erkrankungen durch den LD stark betroffen waren beziehungsweise dies längerfristig sind, da ambulante sowie stationäre Betreuungs- und Behandlungsdienstleistungen eingeschränkt wurden (Cui, Wang & Wang, 2020; Yao, Chen & Xu, 2020). Eine Studie von Brooks et al. (2020), bei der 24 Studien zum Thema psychologische Auswirkungen von Quarantäne rezensiert wurden, hat gezeigt, dass die meisten Studien von negativen psychologischen Auswirkungen berichten. Dazu gehören vor allem posttraumatische Stresssymptome, Verwirrung und Ärger. Sie fanden mehrere relevante Stressfaktoren, welche die Auswirkungen beeinflussen: Dauer der Quarantäne, Angst vor Infektion, Frustration, Langeweile, mangelhafte Vorräte, unzureichende Informationen, finanzielle Ausfälle und Stigmatisierung.

Lee (2020) bestätigte mit seiner Studie zur Validierung der CAS (Coronavirus Anxiety Scale), bei der 775 Personen getestet wurden, dass sich in der Gesamtpopulation bereits dysfunktionale COVID-19-spezifische Ängste entwickelt haben. Wenn sich solche Gedankenmuster bereits bei einer gesunden Stichprobe zeigen, kann man davon ausgehen, dass diese bei Personen mit psychischen Problemen noch gravierender sind.



Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Maßnahmen Veränderungen in den beruflichen Alltag von Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen gebracht und Patient*innen zugesetzt haben. Die Auswirkungen der Pandemie und die damit einhergehenden Ausgangsbeschränkungen waren unvorhersehbar und sind noch nicht ausreichend verstanden. Zusätzlich ist ungewiss, wie stark sich mögliche Symptomveränderungen manifestieren und wie sich diese in den nächsten Monaten entwickeln werden.

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, herauszufinden, wie sich die COVID-19-Pandemie und insbesondere der LD auf Personen mit psychischen Erkrankungen in verhaltenstherapeutischer Behandlung ausgewirkt haben beziehungsweise immer noch auswirken.

Auf Basis der Literatur und bisheriger Forschungsergebnisse konnte davon ausgegangen werden, dass die Auswirkungen sowohl negativ als auch positiv sein können und man diese auf Symptomebene (Verbesserung bzw. Verschlechterung) beobachten kann. Vor allem erlebte Symptome während der Zeit des LD im Vergleich zur aktuellen Situation waren von Interesse. Zusätzlich sollte herausgefunden werden, in welchem Ausmaß Ressourcenaktivierung von Patient*innen während des LD funktioniert hat und welche Ressourcen die Patient*innen als hilfreich empfunden haben.

Weiters sollte untersucht werden, wie ausgeprägt das Sorgenausmaß während des LD war und welche Sorgen dabei eine Rolle spielten.

Es wurden auch Wirkfaktoren der Therapie/Behandlung untersucht und inwiefern diese im Rahmen der Online-Therapie als hilfreich erlebt wurden. Des Weiteren sind noch allgemeine Aspekte der Pandemie-Situation untersucht worden.

METHODE

Ablauf und Material

Es wurde ein Fragebogen erstellt, der von Patient*innen des Instituts für Psychosomatik und Verhaltenstherapie im Zeitraum von 15.06.2020 bis 14.08.2020 ausgefüllt wurde. Das



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

Ausfüllen des Fragebogens dauert in etwa 20 Minuten. Die Patient*innen konnten diesen in den Räumlichkeiten des Instituts für Psychosomatik und Verhaltenstherapie ausfüllen.

Der Fragebogen bestand aus mehreren Teilen:

- Fragen zu demographischen Daten: Geschlecht, Alter, derzeitige Beschäftigung, Medikamenteneinnahme, aktuelle Lebenssituation und Wohnsituation sowie Informationsquellen.
- Fragen zu erlebten Symptomen sowohl während der Zeit des LD (16. März bis 1. Mai) als auch aktuell. Dafür wurde die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18) verwendet. Dieser erfasst die Symptome zu Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit und wurde von Spitzer et al. (2011) entwickelt. Er besteht aus 18 Items, die sich den Subskalen Somatisierung (sechs Items, $\alpha = .64$), Depressivität (sechs Items, $\alpha = .85$) und Ängstlichkeit (sechs Items, $\alpha = .78$) zuordnen lassen. Die Patient*innen sollten dabei anhand einer 5-stufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (0) bis „trifft sehr stark zu“ (4) antworten.
- Fragen zur Therapie/Behandlung während des LD: Welche Faktoren waren im Rahmen der Therapie hilfreich. Dieser Teil war nur dann auszufüllen, wenn die/der Patient/in während dieser Zeit eine Behandlung über eine Online-Plattform in Anspruch genommen hat. Dieser Teil besteht aus 17 Items. Die Patient*innen sollten bei diesem und den nächsten drei Teilen anhand einer 10-stufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft sehr stark zu“ (10) antworten.
- Fragen zu Ressourcen während des LD (17 Items): Welche Aspekte haben den Patient*innen geholfen, die Umstände der Pandemie (z. B. Social Distancing, Selbstisolation) zu bewältigen.
- Fragen zu situationsspezifischen Sorgen während des LD: Dieser Teil (13 Items) erfragt eine Reihe von Sorgenbereichen, welche möglicherweise aufgetreten sind.
- Allgemeine Fragen zum Umgang mit der Pandemie (8 Items): Dieser Teil beinhaltet Aussagen, die mit dem neuartigen Coronavirus und der aktuellen Situation zusammenhängen.

Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 55 Patient*innen einer verhaltenstherapeutischen Praxis, davon waren 20 männlich, 34 weiblich und eine Person divers.



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

Das Durchschnittsalter der Stichprobe liegt bei 32.27 Jahren (Min=14, Max=76, Modalwert=25). Eine detaillierte Beschreibung der Stichproben-Charakteristika (Beruf, Wohnsituation und Lebenssituation, mittels Fragebogen erhoben, s.o.) ist in Tabelle 1 abgebildet.

Eine vorhergehende Expert*innen-Befragung (Verhaltenstherapeut*innen sowie Klinische Psycholog*innen des Instituts für Psychosomatik und Verhaltenstherapie) ergab, dass die unter Patient*innen des Instituts am häufigsten vorkommenden Diagnosen in den ICD-10-Bereichen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (49.55%), F3 – Affektive Störungen (20.72%) und F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (16.22%) liegen.

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung

| Beruf | Häufigkeit | Prozent |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|
| Studierend | 18 | 32.73 |
| Angestellt | 19 | 34.55 |
| Arbeitslos | 5 | 9.09 |
| Selbstständig | 4 | 7.27 |
| In Karenz | 2 | 3.64 |
| In Pension | 2 | 3.64 |
| Andere Ausbildung | 2 | 3.64 |
| Sonstiges | 3 | 5.45 |
| Lebenssituation | Häufigkeit | Prozent |
| Single | 29 | 52.73 |
| In Partnerschaft | 18 | 32.73 |
| Verheiratet | 7 | 12.73 |
| Verwitwet | 1 | 1.82 |
| Wohnsituation | Häufigkeit | Prozent |
| Allein lebend | 17 | 30.91 |
| In Partnerschaft lebend | 19 | 34.55 |
| Wohngemeinschaft | 7 | 12.73 |
| Bei/mit Eltern | 8 | 14.55 |
| In einer betreuten Wohnunterkunft | 1 | 1.82 |



| | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|
| Allein erziehend | 3 | 5.45 |
| Online-Therapie während LD | Häufigkeit | Prozent |
| In Anspruch genommen | 36 | 65.45 |
| Nicht in Anspruch genommen | 19 | 34.55 |

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mittels der Software PSPP durchgeführt.

Zu Beginn der Berechnungen wurden die Voraussetzungen für die statistischen Verfahren überprüft.

Die Voraussetzung, dass die abhängige Variable intervallskaliert sein muss, war in jedem Fall gegeben.

Die Normalverteilungen der abhängigen Variablen wurden mittels Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Tests überprüft und gegebenenfalls die Werte für ungleiche Varianzen verwendet. Verletzungen der Voraussetzung der Normalverteilung wurden ignoriert, da die verwendeten statistischen Verfahren (T-Tests für abhängige und unabhängige Messungen) robust gegenüber dieser Verletzung sind.

Um den Unterschied in der Symptom-Ausprägung zwischen der Zeit des LD und der Zeit danach zu überprüfen, wurden Variablen für die BSI-18-Skalen Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Gesamtbelastung mittels Item-Summierung erstellt. Im Anschluss daran wurden T-Tests für abhängige Messungen (Within-Subjects-Design) durchgeführt.

Zudem wurden mittels Item-Summierung Skalen für die erhobenen Faktoren (Fragen zu Therapie-Wirkfaktoren, Ressourcenaktivierung und situationspezifischen Sorgen) gebildet.

Es wurden anhand der erhobenen Daten des BSI-18 für den Zeitpunkt des LD Gruppen-Variablen mittels Mediansplit erstellt (hohe vs. niedrige Symptom- bzw. Gesamtbelastungs-

Ausprägung während des LD); es wurden im Anschluss mehrere T-Tests für unabhängige Messungen mit den Between-Subjects Faktoren Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit

und Gesamtbelastung (jeweils hoch vs. niedrig) und den abhängigen Variablen Therapie-Wirkfaktoren, Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß durchgeführt.



Um die Wirksamkeit der Online-Therapie zu untersuchen, wurden zudem mehrere T-Tests für unabhängige Messungen durchgeführt, mit dem Between-Subjects-Faktor Online-Therapie während des LD (ja vs. nein) und den abhängigen Variablen Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Gesamtbelastung während und nach dem LD sowie Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß.

Zusätzlich wurden deskriptive Statistiken für Einzelitems berechnet.

ERGEBNISSE

T-Tests für abhängige Messungen haben gezeigt, dass es signifikante Unterschiede in der Symptom- Ausprägung zwischen der Zeit des LD und der Zeit danach gibt. Dieser Unterschied zeigte sich für alle BSI-18-Skalen (Somatisierung: $t(54) = 2.26, p = .028$; Depressivität: $t(54) = 3.05, p = .004$; Ängstlichkeit: $t(54) = 2.16, p = .035$; Gesamtbelastung: $t(54) = 3.14, p = .003$). Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 2 sowie Abbildung 1 dargestellt.

Tabelle 2. Mittelwerte und Standardabweichungen der T-Tests für abhängige Messungen

| Symptom | Zeitpunkt | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|-----------------|------------|----------|-----------|
| Somatisierung | während LD | 3.58 | 4.12 |
| | nach LD | 2.96 | 3.54 |
| Depressivität | während LD | 7.78 | 5.73 |
| | nach LD | 6.24 | 5.04 |
| Ängstlichkeit | während LD | 6.56 | 5.37 |
| | nach LD | 5.58 | 5.17 |
| Gesamtbelastung | während LD | 17.93 | 12.49 |
| | nach LD | 14.78 | 10.28 |

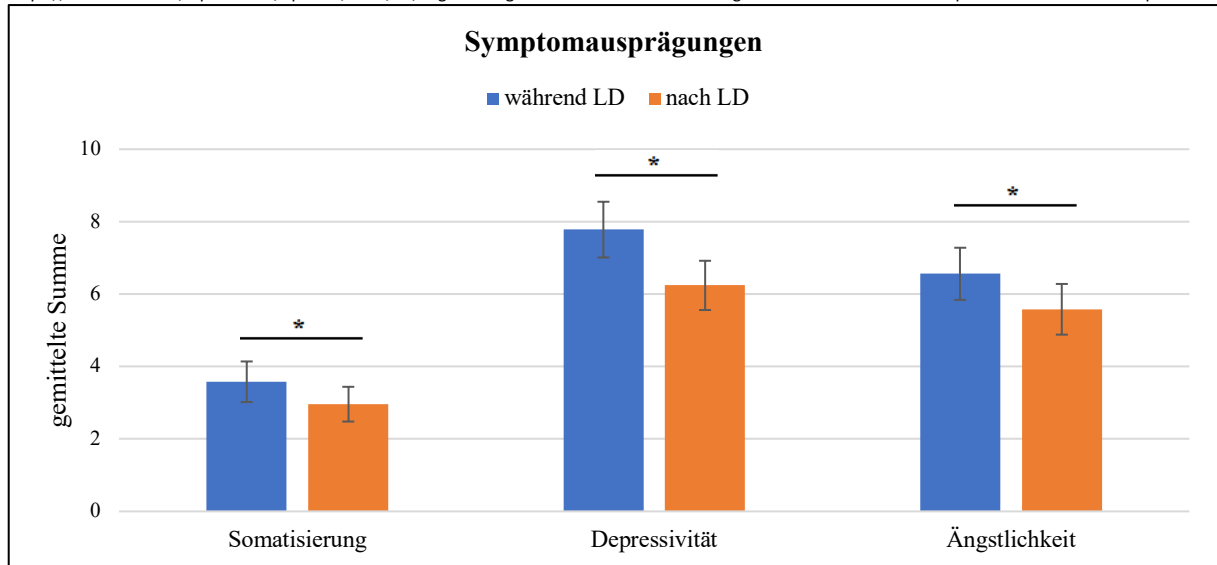


Abbildung 1. Graphische Darstellung der Mittelwerte (und Standardfehler) der Symptomausprägungen während und nach LD (Anmerkung: * $p < .05$)

Keine Unterschiede haben folgende T-Tests für unabhängige Messungen gezeigt:

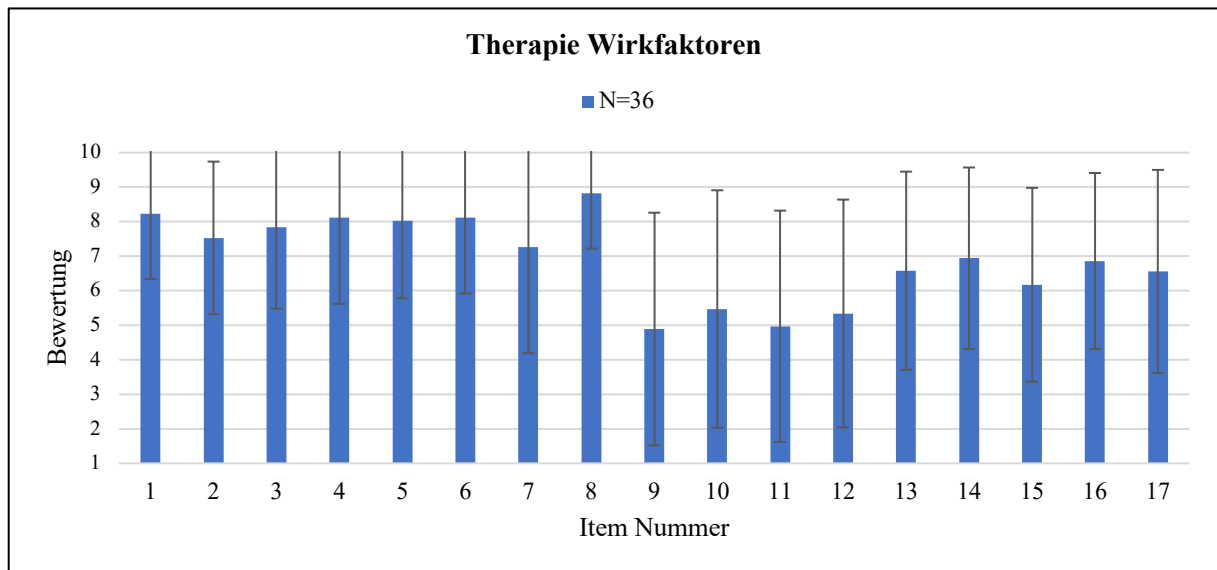
- Keine Unterschiede zwischen Personen, welche während des LD Online-Therapie in Anspruch genommen haben und Personen, welche keine Online-Therapie in Anspruch genommen haben in den BSI-18 Skalen für beide Zeitpunkte, den Skalen für Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß (alle $p > .05$).
- Kein Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Somatisierung-Symptomatik während des LD in den Skalen für Therapie-Wirkfaktoren, Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß (alle $p > .05$).
- Kein Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Depressivitäts-Symptomatik während des LD in den Skalen für Therapie-Wirkfaktoren und Ressourcenaktivierung (alle $p > .05$).
- Kein Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Ängstlichkeits-Symptomatik während des LD in den Skalen für Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß (alle $p > .05$).
- Kein Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Gesamtbelastung während des LD in den Skalen für Therapie-Wirkfaktoren und Ressourcenaktivierung (alle $p > .05$).



Signifikante Unterschiede finden sich in folgenden T-Tests für unabhängige Messungen:

- Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Depressivitäts-Symptomatik während des LD in der Skala für Sorgenausmaß ($t(53) = -2.23, p = .030$; niedrige Depressivität: $M = 53.97, SD = 17.88$; hohe Depressivität: $M = 65.35, SD = 19.97$)
- Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Ängstlichkeits-Symptomatik während des LD in der Skala für Therapie-Wirkfaktoren gibt ($t(30) = -2.11, p = .043$; niedrige Ängstlichkeit: $M = 105.59, SD = 27.42$; hohe Ängstlichkeit: $M = 127.27, SD = 30.59$).
- Unterschied zwischen Personen mit niedriger und hoher Gesamtbelastung während des LD in der Skala für Sorgenausmaß ($t(53) = -2.04, p = .046$; niedrige Gesamtbelastung: $M = 54.38, SD = 17.31$; hohe Gesamtbelastung: $M = 64.88, SD = 20.78$).

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Einzelitems für die Skalen Therapie-Wirkfaktoren, Ressourcenaktivierung und Sorgenausmaß sind in den Abbildungen 2, 3 und 4 graphisch dargestellt.



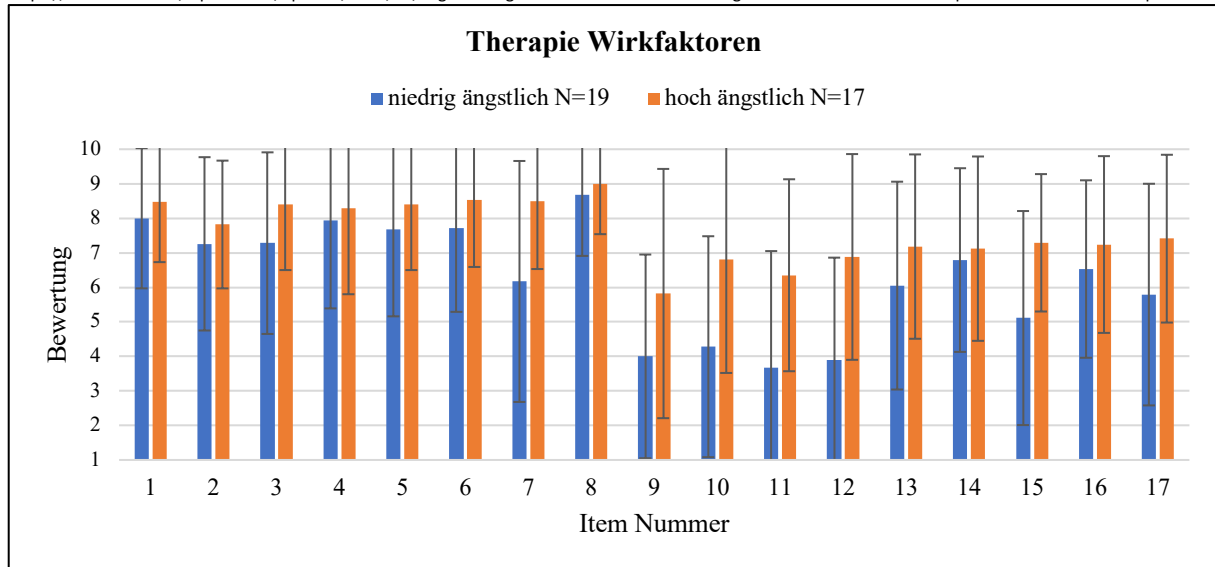


Abbildung 2. Mittelwerte & Standardabweichungen der einzelnen Therapie Wirkfaktoren. Items: 1.Sprechen über Ängste, Sorgen, Gedanken und andere Probleme, 2.Problemlösung bei Ängsten, Sorgen, Gedanken und anderen Problemen, 3.Das Gefühl, wertgeschätzt zu werden, 4.Therapie/Behandlung als sicherer Rahmen, 5.Das Gefühl, gehört zu werden, 6.Das Gefühl, akzeptiert zu werden, 7.Sachliche Erklärungen und Informationen, 8.Offenheit der/des TherapeutIn bzw. PsychologIn, 9.Erinnerung an die Sicherheitsmaßnahmen (Abstand, Maske..), 10.Einhaltung der Sicherheitsmaßnahmen (Abstand, Maske..), 11.Gemeinsames Erarbeiten einer Tagesstruktur, 12.Hausaufgaben, 13.Zukunftsorientierung – Erarbeiten neuer Perspektiven, 14.Erlernen von Techniken zur Steuerung Ihrer Gefühle, 15.Erlernen von Entspannungsmethoden, 16.Üben von Bewältigungsstrategien, 17.Erlernen von positiver Selbstverbalisation (sich selbst positiv zuzusprechen)

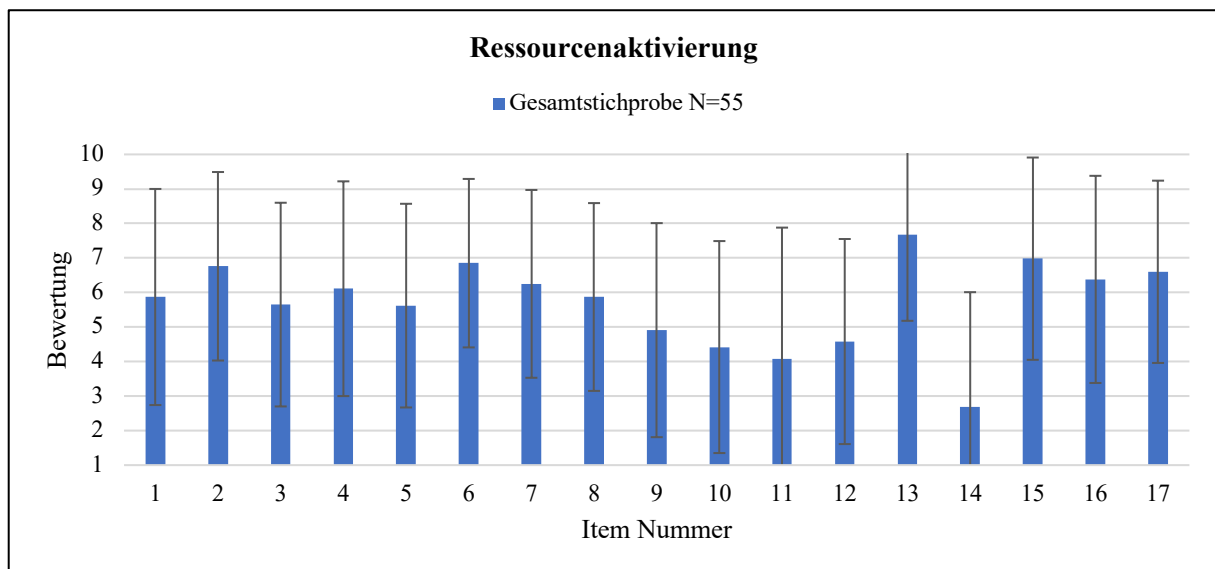


Abbildung 3. Mittelwerte & Standardabweichungen der einzelnen Ressourcen. Items: 1.Ich habe Dinge gemacht, die ich schon lange vor hatte, 2.Ich habe mich bewegt (körperliche Aktivität), 3.Ich habe mehr geschlafen als zuvor, 4.Ich habe öfter gekocht als zuvor, 5.Ich habe mir meine Zeit gut eingeteilt, 6.Ich habe mit Freunden und Familie telefoniert (mit Video oder ohne), 7.Ich habe meinen Wohnraum aufgeräumt, 8.Ich habe mir Zeit genommen für entspannende Tätigkeiten, 9.Ich habe alte Hobbys wieder aktiviert, 10.Ich habe neue Hobbys

begonnen, 11.Ich habe mehr Zeit mit meinem/meiner PartnerIn verbracht als zuvor, 12.Ich habe darauf geachtet, Glück zu empfinden, 13.Ich habe mich glücklich gefühlt, in Österreich zu leben, 14.Ich habe mehr Zeit mit meinen Kindern (falls vorhanden) verbracht als zuvor, 15.Ich habe mich über verschiedenste Medien über die Situation informiert, 16.Ich habe mir bewusst Gutes getan, 17.Ich habe mich über kleine Dinge gefreut

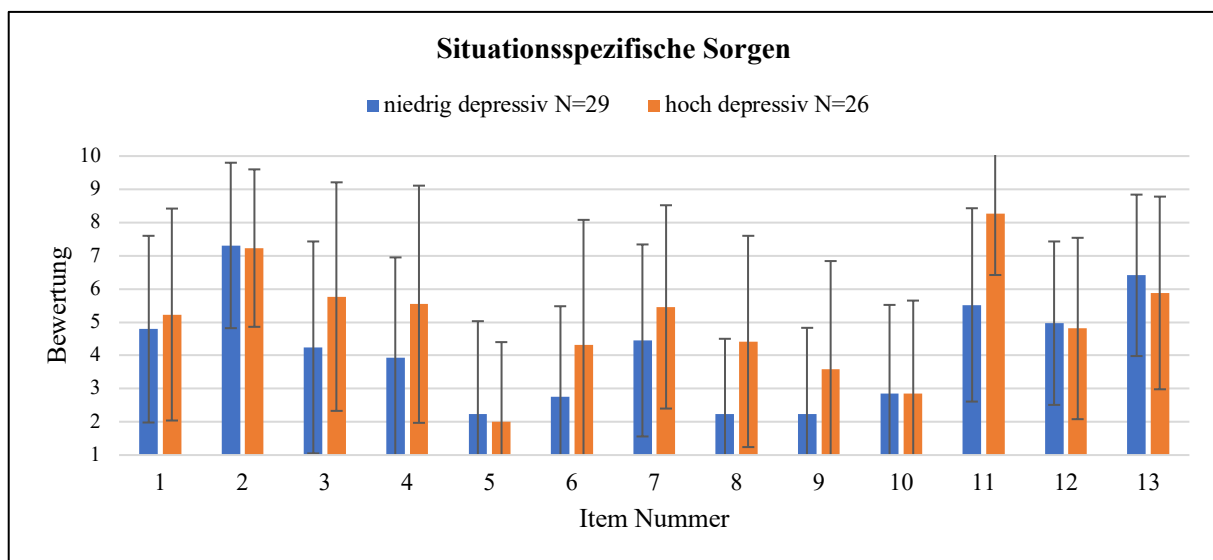
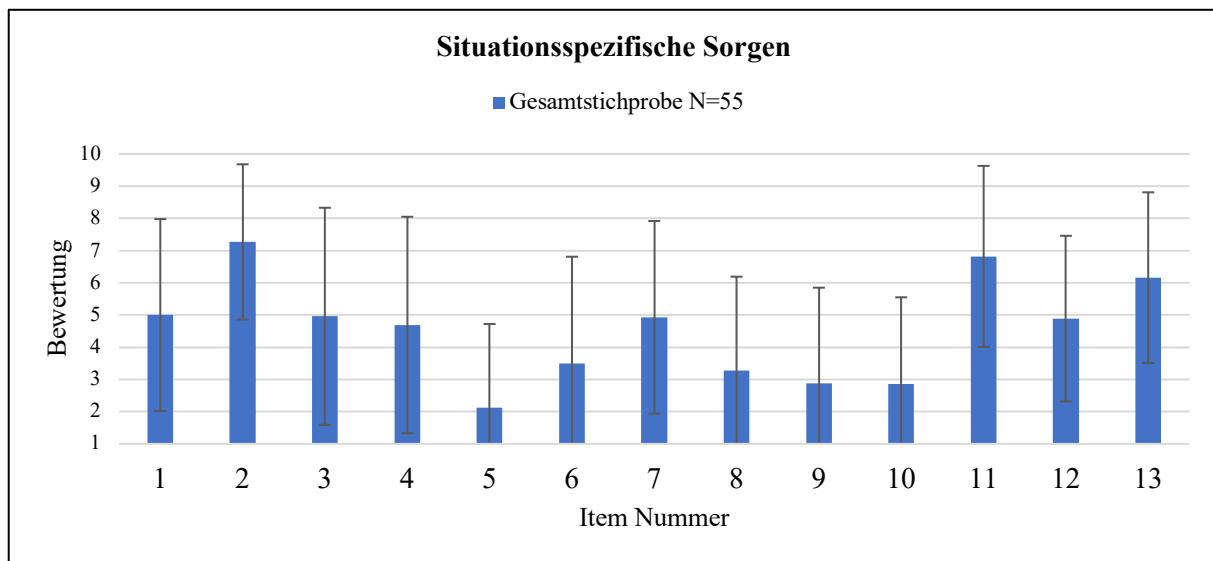


Abbildung 4. Mittelwerte & Standardabweichungen der einzelnen Sorgen. Items: Sorge um... 1.Eigene Gesundheit, 2.Gesundheit anderer, 3.Arbeit, 4.Finanzen, 5.Kinder (falls vorhanden), 6.Partnerschaft/Ehe (falls vorhanden), 7.Sozialleben, 8.Sexuelle Bedürfnisse, 9.Unterricht von Zuhause, 10.Arbeit von Zuhause, 11.Zukunft, 12.Staat und Politik, 13.Gesellschaftliche Entwicklung

Die Ergebnisse der allgemeinen Fragen zur Pandemie wurden in zwei Gruppen unterteilt, zum einen in niedrige Zustimmung (≤ 5) sowie hohe Zustimmung (>5). Die Häufigkeiten und Prozentangaben sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3. Ergebnisse der allgemeinen Pandemie Fragen

| Frage | Zustimmung | Häufigkeit | Prozent |
|-------|------------|------------|---------|
| | niedrig | 20 | 37.04 |



| | | | |
|--|---------|----|-------|
| 1. Ich glaube, dass die Krise nachhaltig unser alltägliches Leben beeinflussen wird | hoch | 34 | 62.96 |
| 2. Ich bin bezüglich der derzeitigen Situation sehr verunsichert | niedrig | 41 | 75.93 |
| | hoch | 13 | 24.07 |
| 3. Ich halte das Virus für gefährlich | niedrig | 19 | 35.19 |
| | hoch | 35 | 64.81 |
| 4. Wenn es eine Corona-Impfung gibt, werde ich mich impfen lassen | niedrig | 9 | 16.67 |
| | hoch | 45 | 83.33 |
| 5. Durch öffentliche Medien habe ich mich gut über die aktuellen Ereignisse informiert gefühlt | niedrig | 14 | 25.93 |
| | hoch | 40 | 74.07 |
| 6. Durch soziale Medien habe ich mich gut über die aktuellen Ereignisse informiert gefühlt | niedrig | 33 | 61.11 |
| | hoch | 21 | 38.89 |
| 7. Ich bin trotz der Situation glücklich | niedrig | 16 | 30.77 |
| | hoch | 36 | 69.23 |
| 8. Ich versuche trotz der Unsicherheit etwas für mein Glück zu tun | niedrig | 9 | 16.67 |
| | hoch | 45 | 83.33 |

DISKUSSION

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Patient*innen im Zeitraum des offiziellen Lockdowns (16. März bis 1. Mai) stärkere Symptomausprägungen in den Bereichen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit erlebten als in der Zeit danach. Dieses Ergebnis bestätigt das Resultat der Studie von Probst et al. (2020), in der ein Großteil der befragten Psychotherapeut*innen von negativen Auswirkungen des LD auf ihre Patient*innen berichteten.

Positive Auswirkungen bzw. eine Entlastung im Sinne einer niedrigeren Symptomausprägung im Vergleich zu der Zeit danach konnten in der vorliegenden Studie nicht beobachtet werden.

Es würde naheliegen, dass Patient*innen mit beispielsweise Angstproblematik während dieser Zeit weniger Symptome verspürten, da sie sich weniger mit angstausslösenden Situationen (wie zum Beispiel bei sozialer Ängstlichkeit) oder Orten (wie zum Beispiel bei



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

Agoraphobie) konfrontieren mussten. Gleichzeitig kann aber aufgrund der drastischen Veränderung, der vorhandenen gesundheitlichen Bedrohung und den unsicheren Prognosen davon ausgegangen werden, dass es bei Personen, die an Angststörungen leiden, verstärkt zu Katastrophen-Gedanken, verstärkter Krankheitsangst und Panikreaktionen kam. Dies würde die erhöhte Ängstlichkeits- als auch Somatisierungs-Symptomatik im BSI-18 erklären. Die Ängstlichkeitsskala beinhaltet u. a. Symptome wie Ruhelosigkeit, Nervosität, inneres Zittern, und das Gefühl gespannt zu sein. Die Somatisierungsskala enthält u. a. die Items Schwierigkeiten beim Atmen, Schwächegefühl in Körperteilen sowie Ohnmachts- und Schwindelgefühle. Die erhöhte Depressivitäts-Symptomatik während des LD ist ebenso nicht überraschend. Die Depressivitäts-Skala des BSI-18 enthält u. a. Symptome wie Interessenslosigkeit, Einsamkeitsgefühle und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Diese Symptome sind nachvollziehbar in einer Zeit, in der man sich aufgrund einer globalen Pandemie in Heimquarantäne befindet, in seinen Alltags-Aktivitäten und Sozialkontakten eingeschränkt ist und ständig mit negativen Nachrichten über Virusausbreitung und Todeszahlen konfrontiert wird. Diese Ergebnisse spiegeln symptomatische Auswirkungen der starken emotionalen Belastung durch die Covid-19-Pandemie und den damit einhergehenden Maßnahmen wider und ist mit Erkenntnissen vorhergehender Studien und Artikel konform (Brooks et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020; Probst et al., 2020; Salari et al., 2020), vor allem da sich laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie diese nach Lockerung der Maßnahmen augenscheinlich verbessert hat.

Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass sich Personen mit höher ausgeprägter Depressionssymptomatik und Gesamtbelastung während des LD mehr situationspezifische Sorgen machten als Personen mit niedriger ausgeprägter Depressionssymptomatik und Gesamtbelastung. Die deskriptiven Statistiken deuten darauf hin (siehe Abb. 4), dass Personen mit höherer Depressionssymptomatik verstärktes Sorgenausmaß in den Bereichen Arbeit, Finanzen, Partnerschaft/Ehe, Sexuelle Bedürfnisse sowie Zukunft aufwiesen. Das verstärkte Sorgenausmaß lässt sich mit dem Erklärungsmodell depressiver Störungen nach Hautzinger & de Jong-Meyer (2003) erklären, welches davon ausgeht, dass betroffene Personen aufgrund kognitiver Verzerrungen negative Ereignisse als unkontrollierbar wahrnehmen, generell eine negative Ausgangserwartung haben und eine negative Sicht von sich selbst, der Umwelt sowie der Zukunft haben. In der Gesamtstichprobe waren Sorgen um die eigene Gesundheit, die



Gesundheit anderer, Sorgen um die Zukunft und gesellschaftliche Entwicklung am stärksten ausgeprägt (Abb. 5).

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass Personen, die während des LD stärkere Ängstlichkeitssymptomatik aufwiesen, Faktoren der Therapie/Behandlung als hilfreicher erlebten als Personen mit niedriger Ängstlichkeitssymptomatik. Die deskriptiven Statistiken deuten darauf hin (siehe Abb. 2), dass Personen mit höherer Ängstlichkeitssymptomatik Aspekte wie sachliche Erklärungen und Informationen (Psychoedukation), Erinnerungen an die Wirksamkeit der Sicherheitsmaßnahmen (Abstand, Maske ...), Erarbeiten einer Tagesstruktur, Hausaufgaben, Entspannungsmethoden sowie Übungen zu positiver Selbstverbalisation als hilfreicher empfanden. Diese Faktoren können als bewältigungsorientierte und bewusstseinserschaffende Interventionen klassifiziert werden, die Gefühle der Selbstwirksamkeit fördern und Kontroll- sowie Orientierungsbedürfnisse befriedigen (Grawe, 2000). Zusätzlich weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Ressourcenaktivierung bei allen Patient*innen, unabhängig von der Symptomausprägung, gut funktioniert hat und man davon ausgehen kann, dass diese zur Bewältigung der belastenden Situation beigetragen hat.

Interessante Erkenntnisse lieferten auch die allgemeinen Fragen zur Covid-19-Pandemie: Rund 60% der befragten Patient*innen sind der Meinung, dass die Covid-19-Krise nachhaltig unser alltägliches Leben beeinflussen wird, rund 75% fühlen sich durch die derzeitige Situation nur wenig verunsichert. Weitere rund 65% gaben an, das Virus für gefährlich zu halten und rund 80% gaben an, sich gegebenenfalls impfen zu lassen. Rund 70% gaben an, trotz der Situation glücklich zu sein und rund 80% versuchen trotz der Unsicherheit etwas für ihr Glück zu tun. Die Patient*innen scheinen auch vorsichtig bei der Wahl der Informationsquellen zu sein, ein Großteil (rund 60%) der Personen gab an, sich durch soziale Medien weniger gut informiert gefühlt zu haben und rund 75% gaben an, sich durch öffentliche Medien eher gut informiert gefühlt zu haben.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf eine erhöhte Belastung von Personen mit psychischen Erkrankungen aufgrund der COVID-19-Pandemie und des damit einhergehenden Lockdowns hinweisen. Zudem konnte beobachtet werden, dass die während dieser Zeit durchgeführte Online-Therapie als hilfreich erlebt wurde und Patient*innen während des LD trotz allem gut in der Lage waren, hilfreiche



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

Ressourcen zu aktivieren und dadurch möglicherweise die Alltagsveränderung erträglicher machen. Dennoch muss auch gesagt werden, dass retrospektive Angaben zu Symptomen, wie sie in der vorliegenden Untersuchung gemacht wurden, verzerrt sein können. Außerdem können die hohen Symptomausprägungen während des Lockdowns auf einen Deckeneffekt zurückzuführen sein, da die Symptome über einen größeren Zeitraum (16. März bis 1. Mai) erfragt wurden, als der Zeitraum, in dem die Symptomatik nach dem LD erhoben wurde (die letzten sieben Tage).

Es wurde eine anfallende (Ad-hoc) Stichprobe bestehend aus Patient*innen einer privaten Praxis für Verhaltenstherapie untersucht, womit die Repräsentativität eingeschränkt ist. Es wurde ebenso keine gesunde Stichprobe zum Vergleich herangezogen, weswegen nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass die vorliegenden Resultate nur auf Personen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen zutreffen, zudem empirische Befunde auch auf psychosoziale Folgen der Covid-19-Krise bei der Gesamtpopulation hinweisen. Zukünftige Studien sollten Langzeitfolgen wie Symptommanifestation aufgrund der Krise untersuchen und zudem den Fokus auf unterschiedliche Auswirkungen auf Personen mit und ohne psychische Erkrankungen legen.

LITERATUR

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (2020). 98. Verordnung: Verordnung gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmegesetzes.

Cui, L. B., Wang, X. H., & Wang, H. N. (2020). Challenges of facing coronavirus disease 2019: Psychiatric services for patients with mental disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.

Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie* (S.582-583) Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M., & de Jong-Meyer, R. (2003). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen* (S. 229). Göttingen: Hogrefe.

Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7), 393-401.

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*.



<https://institut-avm.at/wp-content/uploads/2022/04/kogler-a-kogler-l-schranner-m-dietmaier-g-muller-i-coronastudie-avm-publications-2021-03-15.pdf>

Probst, T., Kuska, M., Stippl, P., & Pieh, C. (2020). Psychotherapists Register Impacts of the COVID-19 Lockdown on Their Patients. *Available at SSRN 3581015*.

Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health, 16*(1), 1-11

Spitzer, C., Hammer, S., Löwe, B., Grabe, H.J., Barnow, S., Rose, M., Wingenfeld, K., Freyberger, H.J., Franke, G.H. (2011). Die Kurzform des Brief Symptom Inventory (BSI-18): erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten der deutschen Version. *Fortschr Neurol Psychiatr, 97*, 517-523.

Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(4), e21